Rok XXXII. Kraków, 9. Września 1893. Nr. 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. Z zakładu dla patologii ogólnej i doświadczalnej prof. Strickera w Wiedniu.

O resorpcyi ciał nierozpuszczalnych z jam surowiczych.

Napisał
Dr. A. Beck.

Pytanie, jakiemi drogami ciecze i substancye rozpuszczone, jakoteż nieropuszczalne dostają się z jam surowiczych do obiegu krwi, zajmowało oddawna wielu badaczy. Lubo jednakże kwestya ta była tylokrotnie przedmiotem badań, mimo to nie możemy jej uważać za załatwioną i rozstrzygniętą. Wprawdzie wiemy z pewnością, że ciecze wprowadzone do jam surowiczych ulegają wraz z rozpuszczonemi w nich substancyami wessaniu, że także z jamy opłucnowej, otrzewnowej lub innej jamy surowiczej wypociny, bogate nieraz w składniki morfotyczne, ulegają resorpcyi, jednakże, jaką drogą odbywa się to wessanie, wiadomości nasze nie są jeszcze pewne. Będziemy mieli poniżej sposobność przekonania się, że zapatrywania się pod tym względem często są sprzeczne.

Wobec doniosłego znaczenia, jakiego nabrały wstrzykiwania i infuzye podskórne i wżylne w nowoczesnej terapii, zyskuje także fizyologia i patologia resorpcyi z jam surowiczych niemałe znaczenie o tyle, że i na wstrzykiwania do jamy brzusznej w celach leczniczych nietylko zwraca się uwagę, ale że infuzyj takich w rzeczywistości już w odpowiednich przypadkach próbowano.

Z tego powodu kwestyę powyższą uczyniłem przedmiotem swych badań. Doświadczenia, które w tym celu wykonałem, tyczyły się tylko resorpcyi ciał stałych, w wodzie nierozpuszczalnych, z jamy brzusznej i klatki piersiowej,, gdyż głównie pod tym względem sprzeczności między rozmaitemi zapatrywaniami są najznaczniejsze.

Naukę o resorpcyi ciał stałych z jam surowiczych zainicyował Recklinghausen[1]) doświadczeniami na królikach. Wstrzykiwał on królikom do jamy brzusznej mleko, żółtko, cynober i t. p. i znajdywał wypełnione ciałami temi naczynia limfatyczne środka ścięgnistego (*centrum tendineum*) przepony. W celu przekonania się, któremi drogami ciała wprowadzone do jamy brzusznej dostają się do naczyń limfatycznych, umieszczał pod mikroskopem wyciętą część ścięgnistą przepony królika, zwróciwszy ją powierzchnią otrzewnową ku górze i nalewał na nią cienką warstewkę mleka. Obserwując preparat ten przez czas dłuższy, dostrzegł, że w różnych miejscach przepony powstawały wiry, ku którym ciecz wraz z kuleczkami tłuszczowemi szybko się posuwała i w których kulki tłuszczowe znikały, jak gdyby wchodziły do głębi. Miejsca, w których pojawiały się takie wiry, uważa R. za otwory naczyń limfatycznych. Działając następnie na środek ścięgnisty azotanem srebrowym, wykazał R. pomiędzy komórkami śródbłonkowemi czarne miejsca różnej wielkości i postaci, które uważał za identyczne z dopiero co opisanemi otworami i dał im nazwę ust (*stomata*). Doświadczenia takie same, które R. wykonał ze strony klatki piersiowej, nie doprowadziły go do pomyślnego rezultatu

Oedmasson[2]) znalazł prócz opisanych dopiero pól ciemnych pomiędzy komórkami śródbłonkowemi także jasne, okrągławe twory, usadowione na granicy dwóch lub kilku komórek a twory te także uważa za *stomata*.

Badanie Recklingbausena znalazły wkrótce potwierdzenie w doświadczeniach Ludwiga i jego uczniów. Na samprzód wspomnieć należy o pracy Ludwiga i Schweigger-Seidela[3]), która zawiera prócz dokładnego opisu naczyń limfatycznych przepony, powtórzenie wyników po-

[1]) Zur Fettresorption. Archiwum Virchowa t, 26.
[2]) Beitrag zur Lehre von dem Epithel. Archiwum Virchowa t. 28.
[3]) Ueber das Centrum tendineum. Arbeiten aus der physiologischen Anstalt zu Leipzig. 1866.

danych przez Recklinghausena. L. i S.-S. rozróżniają dwa systemy naczyń limfatycznych w przeponie. Jeden z nich bliżej powierzchni piersiowej położony, tworzy gęstą sieć grubszych naczyń, opatrzonych zastawkami, drugi zaś składa się z naczyń przebiegających w kierunku promieni i leżących na powierzchni brzusznej; ostatni ten system napełnia się pierwszy po wprowadzeniu pewnych substancyj do jamy brzusznej. Autorowie ci znaleźli także między śródbłonkami otworki, które zdaniem ich prowadzą do naczyń limfatycznych.

Podobne stósunki, jak w środku ścięgnistym przepony, znaleźli S c h w e i g g e r - S e i d e l i D o g i e l [1]) w przegrodzie, która u żab oddziela jamę otrzewnową od t. zw. wielkiego zbiornika limfatycznego (*cysterna lymphatica magna*). I tu widzieli ci autorowie otwory między śródbłonkami, które uważali za komunikacye między obiema jamami.

Z zakładu fizyologicznego w Lipsku pochodzi w dalszym ciągu praca D y b k o w s k i e g o [2]), który zajął się zbadaniem naczyń limfatycznych opłucnej i resorpcyi z klatki piersiowej. Dybkowskiemu udało się wprowadzić do naczyń limfatycznych masę injekcyjną przez wstrzyknięcie jej ostrą strzykawką do tkanki podopłucnowej i w ten sposób wykazać, że naczynia te tworzą sieć li tylko w tych częściach opłucnej ściennej, która pokrywa przestwory międzyżebrowe (*pleura intercostalis*); opłucna okrywająca same żebra (*pleura costalis*) nie posiada naczyń limfatycznych. D. znalazł także pomiędzy komórkami śródbłonkowemi opłucnej lejkowate zagłębienia a na przekrojach opłucnej, której naczynia limfatyczne były nastrzykane, widział sterczące pomiędzy komórkami śródbłonka ku powierzchni czopy masy injekcyjnej. D. jednak nie wspomina wcale o tem, czy masa sztucznie wstrzyknięta dostała się na powierzchnią wolną opłucnej. Drobno sproszkowane ciała wprowadzone do jamy opłucnowej ulegają według D. wessaniu jedynie za pośrednictwem naczyń limfatycznych opłucnej międzyżebrowej.

W sprzeczności z opisanemi wypadkami znajdują się rezultaty badań, podane przez A f a n a s s i e w a [3]) z Charkowa. A. wstrzykiwał do jamy brzusznej lub klatki piersiowej obojętny r o z c z y n karminu lub krzepnącą masę klejową, zabarwioną karminem i znajdywał oczywiście wszystkie narządy, z którymi karmin się stykał, jednostajnie czerwono zabarwione. Mocz nabierał również zabarwienia czerwonego. Gdy substancye w wodzie rozpuszczalne łatwo ulegały wessaniu, nie udawało się A. odnaleść w układzie limfatycznym ciał w wodzie zawieszonych a nierozpuszczonych, które wprowadził był do jam surowiczych. A. zaprzecza także istnienia otworów pomiędzy śródbłonkami, owych *stomata* Recklinghausena. W przeciwieństwie do Dybkowskiego znalazł A., że naczynia limfatyczne opłucnej są równo rozdzielone na opłucną okrywającą żebra, jak na okrywającą przestwory międzyżebrowe.

[1]) Ueber die Peritonealhöhle bei Fröschen u. ihren Zusammenhang mit den Lymphgefässen. Arbeiten aus dem physiol. Inst. zu Leipzig 1866.

[2]) Ueber Aufsaugung u. Absonderung d. Pleurawand. Tamże 1866.

[3]) Ueber den Anfang der Lymphgefässe in den serösen Höhlen. Arch. f. pathol. Anat. Bd 44.

Podobnie jak Afanassiew zaprzecza i W a l t h e r [1]) istnienia otwartych komunikacyj między naczyniami limfatycznemi a powierzchnią opłucnej. Nadto F o a [2]) i T o u r n e u x [3]) oświadczyli się przeciw istnieniu połączenia między workiem limfatycznym a jamą otrzewnową u żab.

Natomiast wystąpił E. K l e i n [4]) jako stanowczy obrońca otworów naczyń limfatycznych. Jednakże rozumie on przez *stomata* zupełnie inne otwory jak te, które opisał Recklinghausen i jego następcy. Klein odróżnia mianowicie prawdziwe otwory, *stomata vera* od t. zw. *pseudostomata*. Prawdziwe *stomata* tworzą kanały wysłane śródbłonkiem a łączące w *centrum tendineum* jamę brzuszną z naczyniami limfatycznemi. *Pseudostomata* powstają przez wrastanie komórek tkanki łącznej pod warstwą śródbłonka położonych pomiędzy komórki śródbłonkowe.

Dalsze badania naczyń limfatycznych przeprowadzał Rajewski [5]) w swych doświadczeniach nad resorpcyą w przeponie u człowieka. Nazwa *resorpcya* jest jednak w jego badaniach co najmniej za śmiała, albowiem trudno mówić o wessaniu, zatem o sprawie życiowej, w narządzie wyciętym z zwłok przynajmniej w kilkanaście godzin po śmierci. R. nastrzykiwał w środek ścięgnisty przepony człowieka zapomocą tuszu w podobny sposób, jak to czynił Recklinghausen na przeponie królika, i miał w ten sposób studyować przebieg naczyń limfatycznych przepony.

Podobne doświadczenia na przeponie ludzkiej wykonali B i z z o z e r o i S a l v i o l i [6]). Znaleźli jednak, że nie w środku ścięgnistym napełniają się naczynia limfatyczne substancyą nalaną na otrzewnową powierzchnię przepony, lecz sieć naczyń znajdujących się więcej ku obwodowi.

Badania F l e i n e r a [7]) tyczyły się wessania ciał w zawiesinie się znajdujących, wprowadzonych do płuc albo do jamy opłucnowej. Nas obchodzą tu tylko doświadczenia nad wessaniem z jamy opłucnowej. Według Fleinera zjawia się tusz, wprowadzony do jamy opłucnowej, już w ciągu kilku minut w naczyniach i gruczołach limfatycznych klatki piersiowej. Resorpcya rozpoczyna się z pierwszym oddechem po wstrzyknięciu a kilka silnych oddechów wystarcza, aby dość znaczna ilość wprowadzonej substancyi dostała się do dróg limfatycznych. Gruczoły limfatyczne chorobowo zmienione nie przepuszczają ciał, ktore dostały się do naczyń limfatycznych, i z tego wnosił F., że zmiany patologiczne w gruczołach limfatycznych przeszkadzają resorpcyi.

Znaczny postęp w wyjaśnieniu kwestyi obecnie nas obchodzącej zawiera praca N o t k i n a [8]). Notkin przekonał się, że substancye w wodzie rozpuszczalne dostają się z jamy otrzewnowej wprost do obiegu krwi z ominięciem układu naczyń limfatycznych. Natomiast tak zwane substancye koloidowe jakoteż ciałka krwi lub tusz wchodzą najpierw do naczyń limfatycznych, zkąd dopiero dostają się do krwi.

[1]) Landzerts Beiträge zur Anatomie u. Physiologie I. str. 94.

[2]) Archiv f. pathol. Anat. tom 65.

[3]) Journal de l'anatomie X. 1874.

[4]) The anatomy of the lymphatic system I. London 1873.

[5]) Ueber Resorption am menschlichen Zwerchfell bei verschiedenen Zuständen. Virchowa Arch. t. 64. 1875.

[6]) Archivio per la scienze medicale 1877., i Med. Centralblatt XV. 1877.

[7]) Archiwum Virchowa tom 112. 1889.

[8]) Vorläufige Mittheilung über Experimente zur Lehre vom Ascites. Wiener klin. Woch. 1888. N. 34.

Notkinowi udało się wykazać prowadzące z jamy otrzewnowej do naczyń limfatycznych otwory, które po wywołaniu zapalenia otrzewnej zatykają się przez bujający śródbłonek, i ztąd tłomaczy upośledzenie resorpcyi wypociny w przebiegu zapalenia otrzewnej.

W końcu wymienić jeszcze należy pracę Cassaëta[7]), w której autor między innemi zajmował się wykazaniem miejsca, do którego dostają się po upływie dłuższego czasu ciała wprowadzone do jamy otrzewnowej. C. wstrzykiwał królikom i świnkom morskim do jamy brzusznej cynober lub inne ciała i zabijał zwierzęta dopiero po 4—9 godzinach. Doświadczenia doprowadziły go do wniosku, że ciała te dostają się do komórek wędrujących, rzadziej do komórek tkanki łącznej lub śródbłonków i za pośrednictwem komórek wędrujących wchodzą do naczyń limfatycznych i krwionośnych. Z naczyń krwionośnych wychodzą na nowo komórki te wraz z swym ciężarem i pozostają w narządach. C. dochodzi do ogólnego wniosku, że wessanie ciał stałych jest wyłącznie dziełem fagocytozy.

W doświadczeniach, z których mam zdać sprawę, starałem się przedewszystkiem wyświecić należycie, czy i jakie istnieją komunikacye między jamą otrzewnową a naczyniami limfatycznemi przepony. Używałem do swoich doświadczeń przeważnie królików, jednakże miałem także sposobność badania naczyń limfatycznych w przeponie u psów, świnek morskich, kotów i małpy. Najodpowiedniejszą do badania okazała się przepona królika, której część ścięgnista przeważa nad częścią mięśniową, jest bardzo cienka i przeźroczysta.

W celu przedstawienia stomatów na powierzchni brzusznej przepony otwierałem, postępując za wskazówkami Notkina i Schlesingera, u dopiero co zabitego zwierzęcia jamę brzuszną, podwięzywałem przełyk i duże pnie naczyń zapomocą przewiązki obejmującej także stos kręgowy. Następnie usuwałem żołądek i jelita i odcinałem dolną część tułowia wraz z kończynami. Postępowanie to odbywało się z nadzwyczajną szybkością a skoro górną część ciała odpreparowano w powyższy sposób, nalewałem rozczyn $^1/_2$% azotanu srebrowego na przeponę, t. j. na jej powierzchnię otrzewnową, ku górze zwróconą. Wątrobę unosiłem przy tem zapomocą szczypczyków ku górze, zwracając baczną uwagę na to, aby instrumentem nie dotknąć się powierzchni przepony. Rozczyn azotanu srebrowego zmieniano raz lub dwa razy a wystąpienie białego zabarwienia przepony było znakiem, że posrebrzenie jest dostateczne.

Wypłukawszy następnie preparat przez kilka minut w strumieniu wody płynącej, wycinałem przeponę wraz z tą częścią klatki piersiowej, do której się narząd ten przyczepia, i umieszczałem otrzymany w ten sposób pierścień kostny złożony z kilku kręgów, żeber i dolnej części mostka wraz z przeponą w wodzie, którą w ciągu doby często zmieniano. Preparat wystawiony był na działanie światła dziennego a na drugi dzień znać było na nim impregnacyę otrzewnowej powierzchni przepony srebrem. Po przeleżeniu przez kilka godzin w glicerynie, w której przepona stała się zupełnie przeźroczysta, krajałem ją nożyczkami w skrawki odpowiedniej wielkości i przygotowawszy w ten sposób z całego środka ścięgnistego sporą ilość preparatów, poddawałem je badaniu drobnowidowemu.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

[7]) De l'absorption des corps solides. Archives de médecine experim. et d'anat. pathol. 1893.

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiel. prof. Dra Madurowicza.

Przyczynek do cięcia łonowego (*symphyseotomia*).

Podał

Dr. M. Cercha,

I-szy asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35.)

A teraz jeszcze słów kilka o dyskusyi, jaka się toczyła na ostatnim zjeździe ginekologów w Wrocławiu w przedmiocie cięcia łonowego.

Referował Zweifel z Lipska. Na podstawie 14 przypadków wypowiada referent zdanie swoje o tym zabiegu. Matki wszystkie uratowano, dwoje dzieci umarło zaraz po porodzie. Zweifel twierdzi, że po przecięciu najlepiej zostawić przebieg porodu siłom natury. Przyznaje, że krwotok z ciał jamistych łechtaczki bywa znaczny, przyznaje, że założenie szwów kostnych jest trudne, że leczenie po operacyi jest żmudne, że często powstaje niemożność utrzymania moczu, że obrażenia części miękkich są znaczne, że w pologu gorączka należy prawie do reguły, ale mimo to obstaje przy twierdzeniu, że cięcie łonowe jest świetną zdobyczą w zakresie operacyj położniczych i że operacyę można oddać w ręce praktyków.

W ożywionej bardzo dyskusyi Leopold z Drezdna, ten sam, co niedawno bronił operacyi, nie podziela zdania referenta i twierdzi, że cięcie łonowe nie zyska sobie nigdy prawa obywatelstwa a to z powodu niemiłych powikłań po operacyi. — Chrobak z Wiednia, podnosi zarzuty przeciw operacyi a mianowicie; 1) uszkodzenia części miękkich są niebezpieczne; 2) występuje często gorączka (Chrobak stracił jeden przypadek); 3) potrzebuje wprawnej i licznej asysty i w tym względzie nie ustępuje cięciu cesarskiemu. — Frommel z Erlangi wspomina o przypadku cięcia łonowego, gdzie nastąpiło zropienie kości miednicy a chora leżała 4 miesiące. — Fehling z Bazylei podziela zdanie poprzednich, twierdząc, że leczenie po operacyi z powodu obrażeń trwa nieraz miesiącami. — Schauta z Wiednia zwraca uwagę, że po cięciu cesarskiem mamy wyniki świetne i stawia je znacznie wyżej, niż cięcie łonowe, i on stracił jednę chorą; sądzi, że gdy wymiar prosty mniej niż 7 cm. wynosi, o cięciu łonowem nawet myśleć nie można. — Olshausen z Berlina również nie unosi się nad zabiegiem a to z powodu obrażeń podczas wydobywania płodu i nawet mimo największych ostrożności. Nie rozumie on, że są operatorowie, co radzą, aby nie przecinać więzadła łukowego a wszak dopiero po jego przecięciu otrzymujemy rozstęp na 5—6 cm.; jeżeli zaś nie przecinamy, to rozstęp wynosi najwyżej 2 cm. — Koffer z Wiednia, który wykonał 10 razy cięcie łonowe i stracił dwie matki z powodu ropnego zapalenia tkanki łącznej miednicznej, także nie świetną rokuje przyszłość operacyi a to z tych samych powodów, co i poprzedni mówcy.

Tak więc Zweifel jedyny zaleca gorąco operacyę, chociaż po pierwszych przypadkach, jak to wyżej przytoczyłem,

zajął stanowisko największej ze wszystkich wyczekujące i z wielkiem zastrzeżeniem pisał o korzyściach operacyi.

W ten sposób wspomniawszy o zapatrywaniach różnych operatorów co do wskazań i wartości zabiegu, przystępuję do opisania historyi naszego przypadku a w końcu starać się będę, o ile możności, podać to, co za a co przeciw operacyi przemawia i wśród jakich okoliczności możemy dobrego oczekiwać po niej wyniku.

Dnia 14. lutego 1893 r. wieczorem zgłosiła się do kliniki położniczej G. R. lat 27, stanu wolnego, ze wsi T. i podaje, że w dzieciństwie nie chorowała na żadne ciężkie choroby, że zaczęła miesiączkować prawidłowo w 17. r. życia. Ostatnia regularność prawidłowa była w pierwszej połowie kwietnia 1892 r. Podaje, że jest w ciąży. Bóle wystąpiły dnia 13. lutego wieczorem i do chwili przyjęcia powtarzają się ciągle często a są bardzo mocne. W ciąży czuła się zupełnie zdrową.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e. Osoba średniego wzrostu, odżywienie dobre, budowa kośćca nie przedstawia na pierwsze wejrzenie żadnych zmian. Ciepłota nie podwyższona, tętno 96. Na twarzy widać lekkie zmęczenie. W sutkach, które zachowują się tak, jak u osoby, która nie rodziła, podwyższenie czynności. Brzuch mocno wypukłony wzdłuż i ku przodowi kopułowato tak, że między wzgórkiem łonowym a wyżej leżącemi powłokami tworzy się bruzda. Wypuklenie to pochodzi od macicy, która jest powiększona stósownie do końca ciąży i ku przodowi pochylona *(venter propendens)*. Wymiary macicy: Od spojenia do pępka 24, do granicy górnej 44 cm. Nad spojeniem nieco większe wypuklenie. Tu i nieco na lewo czuć główkę dużą, twardą, ruchomą (balotującą) opór większy po stronie lewej, macica kurczy się od czasu do czasu a rodząca jęczy, tętno płodu słyszalne, lecz nie zbyt głośne, na lewo. Chełbotanie wyraźniejsze, niż zwykle.

B a d a n i e w e w n ę t r z n e. Srom, wejście do pochwy i pochwa jak u pierwiastki, nic nie przedstawiają osobliwego. Część pochwowa zanikła, ujście zupełnie rozwarte, z ujścia aż do próżni sięga pęcherz napięty, z dużą ilością wód poprzedzających, za wodą główka nad wchodem i na lewo, w pauzie da się nad wchód zepchnąć, lecz do wchodu nie można jej wprowadzić z powodu dużej ilości wód. Do wzgórka kości krzyżowej dochodzi się łatwiej. Badanie wymiaru przekątnego wchodu (*con. diagonalis*) wykazuje 9—9$^1/_4$. Wymiary miednicy są następujące: Wymiar kolcowy *(dist. spinalis)* 25 cm. Wymiar grzebieniowy *(dist. cristalis)* 29 cm. Wymiar zewnętrzny (*conj. Baudelocqui)* 17$^1/_2$ cm. Wymiar krętarzy (*dist. trochanterica*) 30$^1/_2$ cm. Wym. przekąt. wchodu (*con. diagon)* 9—9$^1/_2$. Wym. prosty wchodu (*con. vera.*) 8—8$^1/_2$.

R o z p o z n a n i e: Pierwiastka, rodząca na czasie. Położenie czaszkowe, postawa pierwsza, nieustalona, ścieśnienie miednicy drugiego stopnia, miednica płaska niekrzywicza, znaczna ilość wód płodowych, koniec pierwszego okresu. Wobec tego, że mieliśmy przed sobą pierwiastkę, że bóle porodowe były prawidłowe, że ścieśnienie miednicy odnosiło się tylko do jednego wymiaru, że mieliśmy znaczną ilość wód płodowych a główka dała się w czasie pauzy wprowadzić nad wchód, nie mogliśmy inaczej postąpić, jak tylko zająć stanowisko wyczekujące i pozostawić, jak to w naszej szkole czynimy, poród siłom natury, to jest otworzyć pęcherz, założyć opaskę na brzuch i wyczekiwać, czy bóle porodowe nie zdołają przeprzeć główki przez ścieśnione miejsce, co nie należy w tym stopniu ścieśnienia do rzadkości, a dopiero w razie niebezpieczeństwa grożącego płodowi lub matce uciec się do zabiegu operacyjnego. Jedna tylko okoliczność a mianowicie wielkość główki, która rzeczywiście w nas wzbudziła pewne wątpliwości co do pomyślnego dalszego przebiegu porodu, osłabiała nieco plan naszego postępowania zwykle pomyślnym uwieńczony skutkiem tak, że nie mogliśmy się pozbyć myśli, iż przeszkody, jaką główka stawiać będzie podczas dalszego przebiegu sprawy porodowej, nie pokonają, siły skurczów macicy, bo kości czaszki twarde, szwy wąskie, główka płaska kazały przypuszczać, że główka nie będzie się dobrze stósować do ścieśnionych wymiarów miednicy. Z drugiej zaś strony niestósunek, który mógł ztąd wyniknąć, nie wydawał się tego rodzaju, aby nas uprawniał do odstąpienia od zasady i do wkraczania natychmiastowego w prawa natury. Zapewne, że, gdyby przed nami była wieloródka, której przeszłość położnicza dałaby nam wyjaśnienie co do przebiegu poprzednich porodów, to niezawodnie wpłynęłoby to na powzięcie innego planu.

Nie mając zaś żadnych danych, rozumowaliśmy opierając się na codziennem doświadczeniu w ten sposób: Jeżeli po otworzeniu pęcherza główka się ustali, to bóle silne przeprowadzą ją przez miejsce ścieśnione i poród może się zakończyć siłami natury; jeżeli zaś nie, lub jeżeli główka wskutek braku zdolności stósowania się będzie stawiać wielkie trudności, to kleszczami wysokiemi, a już łatwo po wykonaniu cięcia łonowego, będziemy mogli płód urodzić. Otóż to cięcie łonowe, modne a tak niewinne, że z opisów, których nie brak w ostatnim roku w pismach zawodowych, zdaje się, że można je wykonać u każdej rodzącej bez szkody a celem łatwiejszego ukończenia porodu, tak jest łatwe, i myśmy mieli na myśli i przyznać należy, żeśmy tylko czekali od niejakiego czasu na sposobność, aby wykonać tę, tak zachwaloną operacyę i przekonać się o tych zbawiennych a świetnych wynikach tak dla płodu jak i dla matki. Czy nasze nadzieje co do cięcia łonowego tak przez tych nawet, co o niem dawniej niekorzystny sąd wydali, a po cięciu cesarskiem rzeczywiście smutne mieli wyniki i o rozszerzenie wskazań do tej ostatniej operacyi kopie kruszyli (Leopold), czy nadzieje nasze, mówię, ziściły się, to opis przebiegu operacyi, jej wyniku, leczenia pooperacyjnego a wreszcie i stanu operowanej w 3 miesiące po porodzie, same za siebie mówić będą.

Wracam teraz znowu do naszej rodzącej. Zgodnie z planem, jakiśmy ułożyli, wobec zupełnego rozwarcia ujścia otworzyliśmy pęcherz, poczem główka zeszła nad wchód, ale tak, że tylko mały jej odcinek a mianowicie kość boczna prawa znajdywała się pod wchodem; teraz tem pewniej mogliśmy przekonać się o wielkości główki, o twardości kości, tak, że wątpliwości wyrażone co do pomyślnego przebiegu porodu z jednej strony a myśl wykonania cięcia łonowego celem urodzenia płodu żywego zaczęły coraz wyraźniejsze przybierać zarysy; za wygrane jednak nie daliśmy, stan matki i płodu był dobry, więc postanowiono czekać. I jakiż był dalszy przebieg porodu?

Noc z 14. na 15 przeszła dosyć spokojnie, bóle występywały od czasu do czasu, ale nie zbyt mocne, w przerwach rodząca zasypiała. W nocy polecono co 2 godziny

kąpiel nasiadową letnią a wzięła ich rodząca do rana trzy. Podawano też rodzącej w nocy wino i mocny rosół.

Badanie dnia 15. lutego rano wykazało stan następujący: Ciepłota prawidłowa, tętno 90 dobrze napięte, rodząca nieco więcej zmęczona. Macica od czasu do czasu kurczy się, główka płodu duża, twarda, większym odcinkiem daje się wybadać nad wchodem, wypukla też przednią ścianę macicy nad spojeniem łonowem; pierścień Schroedera wybadać można jako bruzdę nad spojeniem na 2—3 palców. Tętno płodu po stronie lewej 120—130 na minutę, regularne i wyraźne.

B a d a n i e w e w n ę t r z n e. Ściany pochwy dobrze pulchne, ciepłota w pochwie niepodwyższona. Części pochwowej nie ma, ujście, które dnia poprzedniego było prawie zupełnie rozwarte, teraz z powodu obrzmienia brzegów a szczególniej wargi przedniej i z powodu zapadnięcia się po otworzeniu pęcherza, wydaje się jakby nieco mniej rozwarte, n. p. na wielkość talara, brzeg przedni grubszy, niż tylny, który też trudniej można wybadać. Główka, na której można wybadać szew strzałkowy zbliżony więcej do wzgórka kości krzyżowej, poprzecznie przebiegający, małym odcinkiem wstąpiła do wchodu i to tylko kość boczna prawa, gdy lewa znajduje się ponad wzgórkiem, a zatem główka zeszła nie wiele więcej, niż dnia poprzedniego. Kości twarde mało co zachodzą na siebie, szwy wązkie, ciemiona małe. Na kości bocznej przodującej (prawej) zaczyna się wytwarzać obrzęk poprzedzający (przedgłowie), do którego przylegają zbrzękłe brzegi ujścia. Na palcu śluz bez smółki; cuchnienia nie ma.

Ponieważ stan ani matki ani płodu nie budził żadnych obaw, ponieważ doświadczenie uczy, że po słabych skurczach siły macicy wobec przeszkód nieraz wzmagają się i wtedy natura nadspodziewanie pokonywa przeszkody, postanowiono jeszcze wyczekiwać czas jakiś, pilnie zważając na każdą zmianę, któraby mogła być zapowiedzią niebezpieczeństwa grożącego płodowi lub matce, aby wtedy udzielić czynnej pomocy. Rodzącą skrzepiano środkami wzmacniającemi i podano jej kąpiel pełną i kilka nasiadowych.

Tu muszę nadmienić, że jak z jednej strony już w tej chwili nie tuszyliśmy sobie, aby poród ten zakończył się dobrowolnie, za czem przemawiał dotychczasowy jego przebieg, przecież nie chcieliśmy z drugiej strony teraz już przystąpić do operacyi, bośmy nie mogli zupełnie pozbyć się tej myśli, że jeżeli nie siłami natury, to przynajmniej łatwiejszym zabiegiem, niżby to było możebnem w tej chwili, będziemy mogli rozwiązać matkę.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

O śmierci nagłej.

Podał

Dr. Leon Wachholz,

asystent katedry medycyny sąd. w Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34.)

Przypadki wielokrotnych tętniaków stanowią pewną rzadkość; w latach ostatnich opisali podobne przypadki Marfan i Aubry [1]), tudzież Montague Murray [2]). Przypadek

[1]) Anéurysmes multiples de l'aorte chez un syphilitiq. itd. Prog. med. 1886.

[2]) Four sacculated aneurysms arising from dilated aortic. Schm. Jahrb. 1892.

pierwszych autorów tyczył się zwłok człowieka, który okazywał zmiany kiłowe; w przypadku Murraya istniały u mężczyzny 58 letniego 4 worczaste tętniaki w tętnicy głównej, w części łukowej rozszerzonej wrzecionowato, zdaje się na tle kiłowem. Pęknięcie jednego z tętniaków było przyczyną nagłej śmierci przez wylanie się krwi do worka osierdziowego i uciśnięcie serca.

Czasem pęka tętnica główna, na pozór nie okazująca żadnych zboczeń chorobowych. I tak opisuje Crooke [1]) przypadek odnoszący się do 45-letniego robotnika, który zmarł po kilkugodzinnem niedomaganiu. Przy sekcyi okazało się, iż przyczyną śmierci było pęknięcie od tylnej strony tętnicy głównej; ściany jej były cienkie i bardzo kruche, jednak bez miażdżycy i bez tętniaka. Samoistne pęknięcie tętnicy głównej tłómaczy Manchot [2]) na zasadzie swych badań zwyrodnieniem włókien sprężystych warstwy środkowej. Czasem mogą istnieć braki rozwojowe lub powstałe przez przedarcie tych włókien w warstwie środkowej ściany, które zdaniem Manchota prowadzą do rozszerzenia się lub pęknięcia tętnicy głównej. — Podobne przypadki samodzielnego pęknięcia tętnicy głównej opisali: Bush [3]) u 18-letniego chłopca, który zmarł nagle w czasie przejażdżki łódką, Hill [4]) u 30 letniego mężczyzny zmarłego podczas snu, Marshall [5]), Paul [6]) i Strümpell [7]). Jeden z naszych przypadków, tyczący się wyrobnika liczącego lat 26, silnie zbudowanego i zdrowego, należy zaliczyć do tej grupy pęknięć tętnicy głównej; znaleziono bowiem u niego pęknięcie ramienia wstępującego tuż ponad zastawkami, skośne od dołu i przodu ku górze i tyłowi. Worek osierdziowy wypełniony był skrzepami i krwią płynną; na skórze prącia znajdywała się charakterystyczna blizna po wrzodzie twardym.

W wyjątkowych przypadkach może zniszczenie ciągłości ścian tętnicy głównej być następstwem spraw patologicznych, które występując w sąsiednich narządach, w miarę postępu i ją zajmują. Najczęściej są to zmiany chorobowe połyku (*oesophagus*). Co do tego narządu, to podaje König [8]), iż przebicie tętnicy głównej zstępującej wywołują najczęściej owrzodzenia i rak połyku, najrzadziej ciała obce. Altmann [9]) opisuje przypadek u kobiety, która zmarła nagle wśród krwawych wymiotów. Sekcya wykryła przebicie tętnicy głównej zstępującej od strony gardziela odłamkiem spożytej kości, która sprowadziła owrzodzenie gardziela z przebiciem jego ściany i tętnicy głównej na wysokości 4. tętnicy międzyżebrowej.

Obrażenia przepony, jak pęknięcia jej pod wpływem wysiłku fizycznego, zwłaszcza przepony poprzednio już w jakikolwiek sposób zwyrodniałej, prowadzą do śmierci nagłej przez uduszenie się; w szczelinę bowiem, która powstaje z pęknięcia, wciskają się trzewa brzuszne i nagle uciskają płuca.

Ze zmian w narządzie trawienia sprawiają jedne nagłą śmierć przez gwałtowne krwotoki, inne przez ostre zapalenie otrzewnej lub porażenie serca.

I tak wrzody żołądka nie zdradzając się długo żadnym objawem, dają wcale często powód do śmierci nagłej bądź to przez krwotok, bądź przez zapalenie otrzewnej. Takie przypadki opisują Grasset [10]), Warfinge [11]) i inni.

[1]) Ueber zwei seltene u. aus versch. Ursachen entstand. Fälle von rapider Herzlähmung. Virchows Arch. f. path. Anat. i t. d. 1892. B. 129. H. 2.

[2]) Ueber die Entstehung der wahren Aneurysmen. Tamże. Tom 121.

[3]) [4]) [5]) [6]) Archiv f. path. Anatomie Virchowa. Tom 129. Str. 200.

[7]) Lehrb. d. spec. Path. u. Ther. B. 1. Pag. 514.

[8]) Lehrbuch d. spec. Chirurgie. I. Band. Pag. 599. Berlin. 1885.

[9]) Ueber Perfor. d. Aorta thor. vom Oesoph. aus. Virchows Arch. f. path. Anat. 1892.

[10]) Annal. d'hyg. pub. et de méd. lég. 2° série, t. 48.

[11]) Fall af hastig död genom förblödning ur ett ulcus ventriculi. Schm. Jahrb. 1892.

Do zakładu krakowskiego dostały się dwa podobne przypadki śmierci nagłej. W jednym z nich, tyczącym się kobiety 46 letniej, znaleziono żołądek mocno powiększony od krwi płynnej i skrzepów. Na tylnej ścianie żołądka znajdywał się wrzód okrągły, wielkości dłoni dziecięcej, który przebiwszy ścianę, zagłębił się lejkowato w trzustkę. Pomimo tak znacznych i długo trwających zmian, kobieta owa oddawała się codziennej swej pracy, aż wreszcie zniszczenie ściany trzustko-dwunastnicowej przez krwotok sprowadziło śmierć nagłą.

Wrzody jelit mogą się stać również przyczyną nagłej śmierci; przypadki wrzodów jelit, które przebiwszy ścianę wywołały nagłą śmierć, opisują White [1]), Haman [2]), Brouardel [3]) i wielu innych.

W przypadkach śmierci nagłej, w których sekcya nie wykazuje żadnych zmian lub wykazuje zmiany niewystarczające, aby wytłómaczyć nagłe zejście śmiertelne, odgrywają wywiady co do okoliczności i objawów, w jakich śmierć nastała, niepoślednią rolę. To też orzeczenie w takich przypadkach nie podaje żadnych pewników, lecz tylko prawdopodobieństwa.

Wiadomo oddawna, że nagłe, niespodziewane a mocne wrażenie umysłowe może, zwłaszcza u osób nerwowo usposobionych, wywołać przeróżne stany chorobowe a nawet nagłą śmierć. Co bywa bezpośrednią przyczyną śmierci w tych przypadkach, pozostaje zagadką; w każdym razie, czy będzie się ją tłómaczyć nagłem zadraźnieniem i następowem porażeniem ośrodków psychicznych i psychomotorycznych, czy też w inny jaki sposób, zawsze obraz sekcyjny będzie ujemny. Tu więc tylko wywiady co do okoliczności, które śmierć poprzedziły, mogą z pewnem podobieństwem do prawdy rozstrzygnąć o przyczynie śmierci. Z wpływów psychicznych najczęściej wrażenia przygnębiające, jak przestrach, stają się powodem nagłej śmierci, jakkolwiek i wrażenie przyjemne, jak nagła radość, może być również powodem nagłej śmierci.

I tak opisuje Bollinger [4]) przypadek nagłej śmierci ze strachu przed wyrokiem u wieśniaka oskarżonego o zabójstwo. Lindpaitner [5]) podaje przypadek nagłej śmierci z obawy przed powtórnem utworzeniem się kamienia w pęcherzu u ozdrowieńca po litotrypsyi. Prof. Blumenstok opisał przed kilku laty *(Przegląd lekarski.* 1888) przypadek nagłej śmierci w szkole, u dziewczynki 13 letniej, zaraz po złajaniu ją przez nauczyciela. Hofmann [6]) wspomina o mężczyźnie, który zmarł nagle spełniając na ulicy naturalną potrzebę, przestraszony niespodziewanem zjawieniem się strażnika policyjnego.

Vibert sądzi, że nagle i samodzielnie powstająca sama niedokrewność mózgu, jaka zdarzyć się może po mocnych afektach, może być przyczyną nagłej śmierci. Zapatrywanie się to ilustruje przypadek opisany przez Dra Luponiego [7]) a tyczący się młodego człowieka, który posprzeczawszy się ze swym krewnym, mocował się z nim krótko, bo przyjaciele obecni przeszkodzili temu. Młodzieniec ten w chwili, gdy rzucił się na swego krewnego, zbladł bardzo, potem wymiotował, wreszcie padł nieżywy. Sekcya wykazała znaczną niedokrewność mózgu. Wilcox [8]) opisuje przypadek nagłej śmierci z ostrej niedokrewności mózgu u dziecka 9-miesięcznego. Obie warstwy mózgu były śnieżnej białości (*white as snow*).

Zdarzają się przypadki nagłej śmierci, w których sekcya wykazuje tylko znaczne przekrwienie mózgu i jego opon. Przekrwienie to może być zjawiskiem pośmiertnem lub już za życia powstałem. W tym razie mogłoby stanowić przyczynę prawdopodobną śmierci. Celem rozstrzygnięcia wątpliwości, czy przekrwienie to powstało za życia jeszcze, czy też po śmierci, są znowu potrzebne wywiady o rodzaju śmierci i okolicznościach, które ją poprzedziły. Przekrwienie mózgu bowiem może powstać w napadach drgawkowych, wywołanych padaczką, mocznicą (*uraemia*), moczówką cukrową (*coma diabeticum*) i t. d., z jednej strony wskutek wzmocnienia czynności serca, z drugiej zaś przez utrudnienie odpływu krwi żylnej z jamy czaszkowej w chwili tężcowego skurczu przepony i unieruchomienia klatki piersiowej.

Podobnie jak przekrwienie mózgu nie stanowi zmiany wystarczającej do rozpoznania przyczyny śmierci, tak też i opuchlina płuc sama nie tłómaczy jej dostatecznie. Wszakżeż bowiem i opuchlina płuc może być następstwem różnych wpływów, jak gruźlicy płuc, zapalenia płuc, zboczeń w sercu, uduszenia, otruć makowcem, związkami sinu, alkoholem i t. d. Jeśli zmiany odpowiadające opuchlinie znajdują się tylko w częściach najniżej położonych, n. p. w tylnych płatach, wówczas stanowią one zwykłe zjawisko pośmiertne (*hypostasis*). Zauważyć tu wypada, że obfitość spienionej cieczy dobywającej się z płuc a zalegającej oskrzela i tchawicę, zależy nie tyle od stopnia opuchliny, jak raczej od czasu jej trwania.

W przypadkach, w których znachodzi się jedynie tylko puchlina płuc a niema zmian tłómaczących jej powstanie, należy znowu sięgnąć do wywiadów, wreszcie do badania chemicznego, jeśli jest podejrzenie otrucia. Jeśli wszelkie pomocnicze badania dadzą ujemny wynik, wówczas należy uznać opuchlinę płuc bez bliższych określeń za przyczynę śmierci. (Dok. nast.)

[1]) [2]) Schmidts Jahrb. 1891 i 1892.

[3]) Vibert. Précis i t. d.

[4]) Schmidts Jahrb. 1888.

[5]) Münch. med. Wochschr. 1888. pag. 486.

[6]) Handbuch d. ger. med. 1890—91.

[7]) Annal. d'hyg. publ. et de méd. lég. T. X. 3e s. pag. 277.

[8]) Friedreichs Blt. H. 3. 1892.

Chirurgia.

M. Raede: Tracheotomia z powodu zatrucia lisolem.

(Z oddziału chirurgicznego prof. Rosego w Berlinie).

Niewątpliwie cenne własności lisolu w porównaniu z innymi środkami antyseptycznymi, głównie zaś niejadowitość wyrobiły temu produktowi kresolowemu obszerne zastósowanie w praktyce chirurgicznej. Należy jednakże nieco ostrożniej zapatrywać się na tę zupełną nieszkodliwość lisolu, jak tego dowodzi opisany przez autora przypadek. Do szpitala przywieziono dziecko 10-miesięczne, któremu służąca w nieobecności rodziców dała zamiast tranu łyżeczkę czystego lisolu. Pomimo natychmiastowych wymiotów nastąpił zapad, wielka duszność, sinica, wskutek czego wykonano w szpitalu zaraz tracheotomię dolną. Po operacyi stan poprawił się odrazu; oddech stał się wolniejszy, puls pełny, dziecku dano mleka, które jednak łykało z trudnością, choć dość chętnie i często. Stan taki trwał przez cały dzień, w nocy jednak nastąpiło pogorszenie, niepokój, drgawki, duszność a nad ranem śmierć. Badanie pośmiertne nie wykazało bardzo wybitnych zmian anatomicznych. Najwyraźniej okazały się następstwa żrącego działania lisolu na błonie śluzowej górnej części przewodu pokarmowego a mianowicie podstawy języka, gardzieli, przełyku głównie w klasycznem miejscu poza podziałem tchawicy i na dnie żołądka. Wywołany przez to obrzęk głośni był powodem duszności, która bez tracheotomii zakończyłaby się rychłą śmiercią. W nerkach mocne przekrwienie żylne i zmętnienie miąższu. Ogólny zatem obraz zatrucia przedstawia dużo podobieństwa do otrucia karbolem, zarówno jak i ostatnie objawy za życia (niepokój, drgawki, śpiączka, małe tętno).

W końcu przytacza autor dwa przypadki zatrucia lisolem w użyciu zewnętrznem, opisane w ostatnich czasach przez Reicha.

W pierwszym z nich, chłopiec 23-letni, dotknięty rozległym świerzbem, leczony był smarowaniem kreoliną z czystym lisolem. Kiedy wysmarowano mu większą część ciała, dostał nagle silnych drgawek, upadł bez przytomności na ziemię i dopiero po trzech kwadransach udało się go przeprowadzić do przytomności. Skóra kawałami obumarła i poodpadała. Użyto wtedy koło 20 grm. lisolu. W drugim przypadku użyto lisolu do opatrunku, po którym dziecko położyło się do łóżka i umarło; w moczu i we krwi wykazano lisol. (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. T. XXXVI).*

Dr. Kryński.

Notatki terapeutyczne.

Na podstawie własnego doświadczenia, według którego w tych przypadkach plucia krwią, w których wstrzykiwanie podskórne ergotyny nie skutkowało, działało pomyślnie nieraz zażywanie wewnętrzne kwasu dębiankowego (*acidum gallicum*), połączył B l a s c h k o w Berlinie kwas dębiankowy z ergotyną i przekonał się o bardzo pomyślnem działaniu tej kombinacyi, do której służy przepis:

106) Rp. *Acidi gallici*
Ergotini
āā 1·00
Aquae destil.
Syrupi altheae
āā 25·00

MDS. Co 2 godziny zażywać po łyżeczce od herbaty.

Gdy chory doznaje częstego pobudzenia do kaszlu, zapisuje B. zamiast *syr. altheae syrupus diacodii* a w razie gwałtowności krwotoku zadaje lekarstwo powyższe co godzina po łyżeczce od herbaty.

Zdaniem B. środek ten działa tak pewnie, iż używając go można się obyć bez okładów lodowych i bolesnych wstrzykiwań ergotyny a zadowolnić się podawaniem małych kawałków lodu lub zimnego mleka, oczywiście z zachowaniem jak największego spokoju ciała i zupełnego milczenia.
(*Deutsche med. Wochenschr. 34. 1893*).

W celu zaspokojenia pragnienia u osób cierpiących na moczówkę (*diabetes*) zaleca się pilokarpina w następującym przepisie:

107) Rp. *Pilocarpini nitrici 0·18*
Spir. vini diluti 4·00
Aquae destil. 15·00

MDS. Brać po 4 do 5 kropel na język 2 do 3 razy dziennie
(*Les Nouveaux Remèdes. 24. Aôut. 1893*).

W leczeniu łupieżu pstrego (*pityriasis versicolor*) potrzeba naprzód zniszczyć pasorzyta a następnie przeszkodzić powrotowi choroby.

Co do pierwszego, jeżeli plamy a właściwie złogi na skórze są małe i nieliczne, wystarczą dwa lub trzy pomazania nastojem jodowym i obmycia mydłem.

Jeżeli atoli choroba zajmuje znaczne obszary skóry i jeżeli nie chce się użyć nastoju jodowego (n. p. u kobiet), można chorobę wyleczyć w 8 do 10 dniach w sposób następujący:

1) Rano obmywanie mydłem szarem i wodą ciepłą.

2) Wieczorem wcieranie pomady przeciwpasorzytnej n. p. według przepisu:

108) Rp. *Resorcini*
Acidi salicylici
āā 1·00
Sulfuris praecipitati 5·00
Lanolini
Vaselini
Axungiae porci
āā 25·00

Podczas tego leczenia są bardzo przydatne kąpiele siarczane.

Co do drugiego, t. j. zapobiegania powrotowi choroby, należy wyprać dobrze bieliznę za pomocą mydła i wody gorącej, lub. co najlepiej, poddać ją działaniu gorącej pary, n. p. w przyrządzie desinfekcyjnym.
(*La médecine moderne. 26. Aôut. 1893*).

IV. Przyczynki do epidemiologii Wschodu.

Podał
W. Jabłonowski.

Od czasu morderczej epidemii cholery w Carogrodzie w r. 1865 nigdy jeszcze półwysep bałkański nie był tak wszechstronnie i tak zbliska zagrożony rozwleczeniem się zarazy, jak właśnie od połowy lipca r. b. Z jednej bowiem strony i od południa, potwierdzono jej ukazanie się w Smyrnie, w paru wiejskich osadach na półwyspie Czesme i w Chio, z drugiej zaraza przezimowawszy w prowincyach południowej Rosyi, gdzie przybrała charakter nagminny i zkąd drogami niedającemi się ściśle określić, dostała się na rumuńskie porzecze Dunaju, naprzód do Braiły a następnie do Tulczy, Suliny i Czarnowody, grożąc Ruszczukowi i sięgając nawet już ku pasowi przedzielającemu stepy Dobrudży od wschodniego kąta Bułgaryi. Jeżeli do tego dodamy smutny fakt potwierdzenia przypadków cholerycznych w Nikołajewie nad Bugiem, w Chersonie, Kerczu, Rostowie, okolicach Taganrogu i w Poti, to pomimo, że południowe wybrzeże morza Czarnego dotąd nie zostało jeszcze zajętem, niemniej jednak niepodobna przypuszczać, ażeby zaraza w tegorocznym swym postępie, mogła się zatrzymać w progach nadbosforskiej stolicy, nie sięgnąwszy, jeżeli już nie w głąb kraju, to przynajmniej do więcej lub mniej ludnych punktów nadbrzeżnych. Sama zaś okoliczność potwierdzenia przypadków cholerycznych na północnych i wschodnich wybrzeżach morza Czarnego, jak również przezimowanie zarazy w południowej Rosyi, utrwala nas w przekonaniu, że nietylko już wschód turecki i sąsiadujące z nim państewka, ale i dalsze europejskie kraje są narażone na przeprowadzenie walki z tym groźnym gościem, wciskającym się wszelkiemi szparami higienicznego nieładu!

Uwzględniając powyżej podane okoliczności, dochodzimy do wniosku, że drogi tegorocznego szerzenia się cholery są nieco odmienne od tych, jakiemi zaraza postępowała w latach poprzednich. Oczywiście źródeł jej pochodzenia zawsze i stale należy szukać w Indyach Wschodnich, zkąd w roku 1891—92 zaraza dostała się do północno-wschodniego Afganistanu; w parę miesięcy później wyludniła stolicę Kaszmiru, Serynegar, dostała się do Khorassanu, ztąd nad wybrzeża morza Kaspijskiego a następnie do Baku i prowincyj zakaukazkich, by już dalej szerzyć swe żniwo w zakresach starej Europy. Zaraza więc od swych pierwotnych ognisk postępowała drogą lądową w ostatnich paru latach, różniąc się tem od kierunku, jaki przybrała w roku 1846., postępując wtedy drogą morską, jako daleko szybszą. W tej to epoce zaraza szlakiem strategicznym, położonym na północ Tyflisu, przebiegała Kaukaz, by następnie dostać się do Astrachanu i nad morze Czarne do Trebizondy a nieco później i do Carogrodu. Źródła więc pochodzenia cholery i drogi, jakie wybiera, by zagrozić Europie i prowincyom Turcyi azyatyckiej, są już bardzo dobrze znane. Niemniej jednak stawimy sobie pytanie: czy i obecnie zaraza będzie postępywać jednym tylko ze zwyż wymienionych szlaków, czy też przybrawszy charakter bardziej łagodny, rozwlekać się będzie drogą tak lądową jak i morską?

Z ukazania się już zarazy w pewnych, stósunkowo bardzo licznych punktach, da się wyprowadzić zdanie, że cholera w tegorocznym swym rozwoju postępuje tak lądem, jak i od strony morza, niwecząc tem samem wszelkie usiłowania przedsiębrane w celu jej umiejscowienia a i utrudniając jednocześnie zastósowanie ostrożności sanitarnych. — Dowodem tego jest potwierdzenie wybuchu zarazy w Smyrnie i Braile. Prócz samych warunków miejscowych sprzyjających rozwojowi przypadków sporadycznych, do pierwszego z tych portów zaraza miała być zawleczoną przez parostatek francuski, przybyły z morza Śródziemnego, tak przynaj-

mniej głoszą depesze pochodzące ze źródeł greckich, wtedy, gdy do Brailły pozostającej w ciągłych i bardzo ożywionych stósunkach z Besarabią, choroba miała się dostać z tej tam sąsiedniej prowincyi. Lecz w chwili właśnie, gdy już potwierdzono pierwsze jej przypadki, zawinął do Braiły parostatek angielski, na którym, pomimo że nie miał stósunków z lądem, zaszedł jeden przypadek cholery, zakończony śmiercią. Gdyby więc załodze okrętowej pozwolono wysiąść na ląd, mielibyśmy w Braile przykład dostania się zarazy z dwóch przeciwnych sobie kierunków. Parostatek ten pochodził również z morza Śródziemnego a zawinąwszy do Marsylii, w lazarecie bejruckim był poddany pięciodniowej obserwacyi i desinfekcyi. Niesłusznem więc jest przypuszczenie, że okręt ten przepływał cieśninę dardanelską, nie będąc poddany ostrożnościom sanitarnym. Należy bowiem wiedzieć, że każdy okręt przybywający z morza Śródziemnego, w dzisiejszej sytuacyi zdrowotnej, przebyć może cieśninę li tylko po odbyciu kwarantany w Bejrucie lub Klazomenie. Jakby jednak nie było, parostatek angielski został wezwany do cofnięcia się z przystani brailskiej. A poddanie go ścisłej obserwacyi wykazało, że zaraza została umiejscowioną i wkrótce stłumioną na samym pokładzie. — Wypada się spodziewać, że kompetentnym i energicznym władzom rumuńskim uda się to samo przeprowadzić i w Braile, jako mieście jednym z najczyściejszych na porzeczu dolnego Dunaju wtedy, gdy inne punkta a mianowicie Gałacz i Tulcza, prawdopodobnie przedstawią przykład szerzenia się cholery z daleko większą złośliwością. Potwierdzają to zauważane już tam przypadki i szybki przeskok zarazy do Suliny, która położona przy ujściu jednego z głównych ramion Dunaju, stać się może rozsadnikiem choroby na wszystkie strony. Bułgaryi więc naprzód a następnie Turcyi i z tej strony grozi największe niebezpieczeństwo. Że zaś tak jest, to dowodem energii, z jaką szerzy się zaraza, będą cztery przypadki śmierci zaszłe w pośród podróżnych, przybyłych na statku austryackim z Suliny a wysadzonych do lazaretu w Kawaku nad Bosforem. Wystarczy to do zatrwożenia wszystkich warstw stołecznych! Jednakże jakimby nie był szlak, którym choleryczna plaga zaznaczać będzie swoj postęp i przeskoki, nie wpłynie to wcale na więcej lub mniej doniosłe nasilanie się choroby, lub na ilość ofiar, które pochłonie. Wystarczy bowiem zanotować, że cholera dostawszy się już do tak ważnych i licznych punktów, minuje i czyni niewypowiedzianie groźną całą sytuacyę zdrowotną, nie tylko już w prowincyach, ku którym się zbliżyła, ale nawet i w dalszych obszarach europejskich.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Sprawozdanie z V. Zjazdu chirurgów polskich.

Podał

Dr. Karol Klecki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

Posiedzenie IV. dnia 12. lipca o godz. 2. popołudniu.

XI. Dr. Wehr (ze Lwowa): przypadek potrójnego raka na twarzy.

Przypadki kilkokrotnego raka na twarzy należą do rzadkości; wynoszą one około 1% raków pojedynczych. Sprawę kilkakrotnych raków poruszył w r. 1874 Volkmann mówiąc o t. zw. *Paraffinkrebs*. Tillmanns obserwował kilkakrotne występowanie raka na mosznach u angielskich kominiarzy. Znanym jest przypadek z kliniki Bergmanna, w którym rak wystąpił na czole, policzku i brodzie. Esmarch spostrzegał, że po wystąpieniu raka na twarzy, jeżeli przedtem były na twarzy brodawki, rak rozwijał się później na tych brodawkach. U osób starych, cierpiących na *seborrhoea senilis* obserwowano również raka na kilku miejscach twarzy, jakoto na nosie, policzku i pod okiem. Schimmelbusch opisał przypadek, w którym rak wystąpił na powiece, policzku i brodzie u człowieka, cierpiącego na *seborrhoea senilis*; a więc w przypadkach tych rak rozwija się na tle chronicznego zapalenia czy drażnienia skóry. Kaposi podaje dwa przypadki kilkokrotnego raka na twarzy. Znane są przypadki, w których rak wystąpił pierwotnie na grzbiecie ręki, później zaś na wardze; tłomaczono wystąpienie tego drugiego raka przez przeniesienie czy zakażenie. Lücke obserwował także przypadki, w których rak występował w kilku miejscach. Klebs podaje dwa przypadki, które najlepiej dadzą się wytłomaczyć przez przeniesienie: w jednym przypadku wystąpił rak w przełyku poniżej *cardiae* i był tu rak płaski, w drugim był rak twarzy; takiż sam w żołądku. Krake widział podobny przypadek. Obserwowano przypadek raka przełyku, którego przerzuty w płucach stanowiły ogniska raka płaskiego. Raki mogą jednak występować i samoistnie w kilku miejscach; n. p. w jednym przypadku wystąpił rak na wardze dolnej, był operowany a po 8 latach wystąpił rak na wardze górnej. Spostrzeżenie takie zrobiono w klinice Bergmanna, oraz Kaufmann opisuje podobne przypadki. Wreszcie znane są przypadki, w których rak występował na symetrycznych częściach ciała n. p. po wrzodzie podudzia.

Dr. Wehr demonstruje fotografije i preparaty spirytusowe oraz mikroskopowe z własnego przypadku, w którym rak wystąpił na twarzy w kilku miejscach: na gładzince (*glabella*), na policzku i przy przegrodzie nosowej, pierwotnie wystąpił on na policzku, w kilka lat później na gładzince, w kilka lat potem przy przegrodzie nosowej. W innym przypadku obserwował Dr. Wehr raka na wardze dolnej, górnej, oraz w okolicy skroniowej. Powstałych następowo raków nie można uważać za przerzuty, gdyż w preparatach mikroskopowych można było wykazać ciągłość przybłonka prawidłowego z przybłonkiem rakowym. Niezawsze to łatwo; trzeba robić preparaty z rozmaitych przekrojów. Aczkolwiek istnieją rozmaite sposoby tłomaczenia podobnych przypadków, sądzi Dr. Wehr, że najwłaściwiej jest przyjąć, że w jego przypadku rak powstał w drugiem i trzeciem miejscu na twarzy wskutek jakiegoś czynnika, który zadziałał z zewnątrz. W pierwszym przypadku była dotknięta chorobą niemłoda kobieta; na przedstawionej fotografii widać dokładnie, że na twarzy jej drobne żyłki były w wielu miejscach porozszerzane; skóra nie była więc prawidłową. Kobieta ta była praczką i myła twarz bardzo często; prawdopodobnie więc przy tem częstem myciu przenosiła ów nieznany czynnik etyologiczny raka z jednego miejsca twarzy na drugie. W drugim przypadku dowiedziano się, że po wystąpieniu raka na wardze górnej chory często drapał zarówno wargę górną, jakoteż i dolną. Za przypuszczeniem Dra Wehra przemawia także i ta okoliczność, że gruczoły limfatyczne nie były powiększone; w przypadku drugim były gruczoły cokolwiek powiększone, lecz chory twierdził, że powiększenie tych gruczołów datuje się od czasów jego młodości, w której, zdaje się, przechodził gruźlicze zapalenie szyjnych gruczołów limfatycznych. Gruczoły limfatyczne po przeciwnej stronie były małe i miękkie. Przypadków Dra Wehra nie można więc wytłomaczyć, przyjmując przeniesienie się raka przez naczynie limfatyczne czy krwionośne. Najodpowiedniejszem jest tu przyjąć, że po wystąpieniu raka pierwotnego następne powstały wskutek niewiadomego czynnika, przybyłego z zewnątrz. Dr. Wehr żałuje, że na posiedzeniu zjazdu nie ma prof. Pieniążka, który ma 3 przypadki raka krtani, popierające wywody mowcy.

Prof. Browicz uważa, że tłomaczenie podobnych przypadków może być zawsze osobistem, dopóki nie ma dowodu, jakie są stósunki w rzeczywistości. Za typowe prze-

szczepienie raka uważać można takie przypadki, w których n. p. w raku żołądka cząsteczki rakowe odrywają się od powierzchni surowiczej i przeszczepiają w innem, odleglejszem miejscu błony otrzewnej, n. p. w jamie Douglasa. Utrzymanie się na skórze oderwanych cząsteczek rakowych jest bardzo nieprawdopodobnem, gdyż są tu okoliczności nader niepomyślne do takiego przeszczepienia. Prof. Browicz zwraca uwagę na trudności, spotykane w przeszczepianiu tkanek fizyologicznych a trudności te dowodzą, że przeszczepianie takie może się udać tylko przy zachowaniu wszelkich ostrożności. Przypadki kilkokrotnego raka należy tłomaczyć nie przez sztuczne niejako przeniesienie czynnika chorobotwórczego z miejsca na miejsce, ale jako samodzielnie występujące raki u osób, mających dyatezę rakową; przemawiają za tem przypuszczeniem epidemie raka domowe i miejscowe, oraz jego dziedziczność. W literaturze francuzkiej jest nagromadzony bardzo obfity materyał, tyczący się tej kwestyi.

Dr. Ziembicki (ze Lwowa) widział w klinice Bergmanna przypadek raka, który można sobie wytłomaczyć jedynie przez t. z. *Contactinfection.* W praktyce własnej ma przypadek dowodzący, jak ważną rolę odgrywa w powstawaniu raka usposobienie. Przed trzema laty operował u chorego raka w jednem miejscu; po 2 latach wystąpił rak w innem miejscu wówczas, gdy pierwsze ognisko było już zupełnie zagojone.

Dr. Gabryszewski (z Krakowa) podaje, że w ciągu ostatnich 5 lat jego praktyki klinicznej, nie obserwowano w klinice chirurgicznej krakowskiej ani jednego przypadku raka, któryby wystąpił wielokrotnie. Z obserwacyi zwykłych przypadków raka wynika, że w powstawaniu przerzutów usposobienie chorego (dyateza) ważną gra rolę.

Dr. Wehr powtarza, że jego tłomaczenie wiadomych przypadków jest najbardziej przekonywającem. Predyspozycyę uznaje, jako okoliczność znaną i udowodnioną. Ale inne okoliczności przemawiają za tem, że i miejscowe przyczyny mają pewne znaczenie, jak n. p. ucisk fajki na wargi i w ogóle traumatyzm. Przy operacyach n. p. odcięciu sutka można przenieść raka nożem; dlatego też jest wskazaną przy podobnych operacyach zmiana noża, gdy po wypreparowaniu części chorobowo zmienionych rozpocznie się operowanie w częściach zdrowych.

Dr. Wehr operował przypadek raka wargi dolnej, który kilkakrotnie powracał; podczas ostatniej operacyi, podczas preparowania na szyi pękł w górnej części pola operacyjnego guz rakowy i cząsteczki rakowe spłynęły na dół; podczas gojenia się rany wystąpił wzdłuż blizny twardy naciek zakaźny.

Prof. Obaliński wątpi, czy można uważać, że ów naciek powstał wskutek pęknięcia guza rakowego podczas operacyi. W mięśniach są rozsiane drobne, niewidoczne guzki, a sama operacya i sprawa gojenia się rany usposabiają tkanki do szybkiego bujania; w ten sposób pozostawiane *semina* rakowe sprawiają recydywę.

Prof. Browicz występuje przeciwko twierdzeniu, że otarcie się tkanki rakowej o prawidłową lub chorobowo zmienioną skórę może wywołać powstanie raka. Traumatyzm gra bezwątpienia pewną rolę, ale wystąpienie raka jest wogóle możebne tylko u pewnych osób, mających ową dyatezę rakową. Opierając się na tem, wytłómaczyć można przypadki wielokrotnego raka jako przypadki, w których, dzięki usposobieniu chorych, rak samodzielnie powstał w kilku miejscach.

Prof. Obaliński popiera zdanie prof. Browicza co do indywidualnego usposobienia do nowotworów dwoma przypadkami z własnej praktyki: w pierwszym operował prof. Bryk *adenoma mammae*; po kilkunastu latach operował u tej samej osoby prof. Obaliński *cystoma ovarii,* po dalszych 2 latach *adenoma parotidis,* wreszcie znowu po dwu latach wystąpił złośliwy nowotwór w jamie brzusznej. W drugim przypadku obserwował równocześnie *epithelioma vulvae, nasi* i *cystoma ovarii.* Przypadki te świadczą o usposobieniu pewnych osób do nowotworów.

Dr. Wehr twierdzi, że naciek w jego przypadku powstał z wylania się na powierzchnię rany treści pęklego guza, gdyż naciek ten wystąpił zaraz, podczas gojenia się rany i był odrazu bardzo znaczny.

Dr. Kryński (z Krakowa) zwraca uwagę, że wylana na ranę miazga rozpadłego, rakowego gruczołu limfatycznego w żadnym razie rany zakazić nie może.

Dr. Wehr odpowiada, że nie jest tu wykluczoną obecność żyjących tworów; w środku gruczołu komórki są rozpadłe, po bokach zaś mogą utrzymywać się żyjące tkanki.

Dr. Gabryszewski (z Krakowa) przytacza przypadek z krakowskiej kliniki chirurgicznej, w którym operowano raka wargi dolnej oraz zajęte na szyi gruczoły limfatyczne; gruczoły te wyglądały podobnie do zserowaciałych gruczołów w gruźlicy. Podczas operacyi treść takiego gruczołu rozlała się na ranę; po kilku tygodniach wystąpiła ogromna recydywa a gruczoły limfatyczne podówczas powiększone, przedstawiały się tak samo, jak podczas pierwszej operacyi.

Dr. Sawicki (z Warszawy) zwraca uwagę na to, że należałoby wykazać, jak często zdarza się *carcinoma penis* u mężczyzn, których żony cierpią na *carcinoma uteri.* Jeden z warszawskich ginekologów ma w swojej praktyce dwa takie przypadki.

Prof. Obaliński dodaje, że w przypadku operowanym przez Dra Wehra nie ma dowodu, że naciek był natury rakowej; nie potrzeba więc uciekać się do tłomaczenia tego nacieku przez *autoinfectio;* naciek ten mógł powstać przez przecięcie i rozlanie się treści zropiałego gruczołu limfatycznego.

XII. Dr. Ziembicki (ze Lwowa). Niezwykły okaz nowotworu na głowie.

Dr. Ziembicki okazuje dwa rysunki naturalnej wielkości oraz kilka fotografij 15-letniej dziewczyny, noszącej na głowie guz monstrualnej wielkości. Guz ten spostrzeżono w 3-cim roku życia; istniał on jednak prawdopodobnie od urodzenia. Największy obwód guza wynosił 1 metr 8 cm., w najwęższem miejscu 50 cm.; przed operacyą uniesiony do góry guz ważył 22 funty. Nowotwór znajdował się na tyłogłowiu, pokryty skórą z włosami; zwieszał się na kark. ale nań nie przechodził; podczas pobytu chorej w oddziale szpitalnym Dra Ziembickiego nosiła chora guz na umyślnie w tym celu zbudowanych noszach, przytwierdzonych pod ramionami. Guz w całości dawał się do pewnego stopnia przesuwać zwłaszcza w kierunku do góry, wejrzenie zaś jego przypominało stare napoleońskie bermice. Skóra nad guzem nie przedstawiała znaczniejszych zmian: jedynie przeświecały rozszerzone żyły oraz gdzieniegdzie było można spostrzedz drobne blizny. W niektórych miejscach miało się uczucie chełbotania. Chora ważyła przed operacyą 40 klgr., wyłuszczony zaś guz ważył 13 klgr. Nowotwór nie wywoływał zgoła żadnych objawów mózgowych. Nie można było wykazać z pewnością ciągłości guza z wnętrzem czaszki, przy nasadzie guza wyczuwało się jednak pierścieniowate zgrubienie kości. Przed operacyą pewnego rozpoznania nie było. Dr. Schramm, który badał ten przypadek, rozpoznawał skórzak; według Dra Ziembickiego wielkość guza nie odpowiadała wielkości skórzaka, które w danem miejscu dochodzą najwyżej do wielkości pięści; tłuszczak wrodzony wykluczał również Dr. Ziembicki; najbardziej skłaniał się do rozpoznania *cerebrocele,* mając na myśli *ectopiam,* nie zaś *herniam cerebri.* Operacya wykazała, że ów wielki nowotwór był olbrzymim tłuszczakiem; tłuszczak ten wyłuszczono, pozostawiono jednak cokolwiek za wiele skóry, tak że zachodzi potrzeba kosmetycznej poprawki. Dr. Ziembicki dodaje ciekawy szczegół, że po operacyi chora utraciła sposób zarobkowania, gdyż dotychczas utrzymywała siebie i matkę z pieniędzy zebranych od lekarzy, w szpitalach i klinikach, gdzie za wynagrodzeniem pozwoliła się pokazywać.

Doc. Dr. **Bossowski** przytacza 3 przypadki z własnej praktyki prywatnej, oraz dawniejszej klinicznej, w której spotykał podobne guzy, jeno mniejsze i trwające nie od urodzenia u młodych kobiet.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Od komitetu polskiego XI. międzynarodowego zjazdu lekarskiego w Rzymie.

Wskutek odroczenia zjazdu międzynarodowego lekarskiego na miesiąc kwiecień r. 1894, sekretarz jeneralny prof. Maragliano odezwą do komitetu naszego z dnia 15. sierpnia uprasza Szan. Kolegów, ażeby Ci, którzy zamierzają w m. kwietniu r. p. mieć odczyty na temata, ogłoszone przed odroczeniem zjazdu, raczyli o tem zawiadomić komitet centralny w Rzymie, o ile można jak najwcześniej. Niniejszem więc upraszam o łaskawe przesyłanie zgłoszeń powyższych do komitetu polskiego w Krakowie najpóźniej do dnia 15. września b. r., gdyż tylko w takim razie odczytom tym będzie zachowane prawo pierwszeństwa; komitet centralny bowiem przypuszcza, że ilość odczytów, zapowiedzianych na przyszły zjazd, znacznie wzrośnie wskutek nowych zgłoszeń.

Również upraszam, ażeby Koledzy, którzy raczyli przesłać komitetowi polskiemu w Krakowie pieniądze na zakupno kart legitymacyjnych, zechcieli w jak najkrótszym czasie zawiadomić, czy komitet ma dostarczyć żądanych kart legitymacyjnych, czy też ma żądać zwrotu pieniędzy od komitetu centralnego, któremu wszystkie kwoty w swoim czasie zostały przesłane.

Przewodniczący komitetu
Prof. N. Cybulski.

— Wyszedł właśnie z druku *Podręcznika chirurgii szczegółowej* opracowanego przez prof. Dra L. **Rydygiera** Tom II. Zeszyt I., zawierający rzecz o chorobach kręgosłupa i klatki piersiowej.

— Profesorowie Wydziału lekarskiego w uniwersytecie edymburskim pobierają płace bardzo przyzwoite, wzniecić mogące zazdrość u kolegów na stałym lądzie Europy: i tak profesor anatomii opisowej ma pensyi 1600 funtów szterlingów czyli 40000 franków, profesorowie chemii i patologii ogólnej po 36000 franków, profesorowie nauk przyrodniczych i materyi lekarskiej po 25000 franków, profesorowie kliniki lekarskiej i chirurgicznej po 22500 franków a profesorowie położnictwa i medycyny sądowej po 20000 franków; ci więc mają tylko po połowie tego, co pobiera profesor anatomii opisowej.

We Francyi pobierają profesorowie Wydziałów lekarskich bez różnicy wykładanego przedmiotu w Paryżu po 15000 franków, na prowincyi po 6000 franków.

— Według urzędowego zestawienia trudniło się w Bawaryi w r. 1892 partactwem lekarskiem osób 1184 a mianowicie 868 (73·3%) mężczyzn i 316 (26·7%) kobiet. Według zawobyło między nimi najwięcej felczerów, łaziebnych i dentystów (378), następnie włościan i wyrobników (231), przemysłowców (163), oprawców (66).

Co do rodzaju praktyki, to sporządzaniem lekarstw i ich sprzedażą trudniło się najwięcej, bo 157 osób, lekami tajnemi i sympatycznemi(!) 126, homeopatyą 79, chirurgią 72, położnictwem 31, uroskopią 7, chorobami wenerycznemi tylko **jedna** osoba, z czegoby się pokazywało, że ludzie dotknięci temi chorobami mają rozum najpraktyczniejszy.

— W krematoryum na cmentarzu Père-Lachaise w Paryżu spalono zwłok ludzkich w r. 1889 49, w 1890 r. 121, w 1891 r. 134, w 1892 r. 159, w pierwszem półroczu r. b. 107; postęp przeto powolny.

— Rząd krajowy Bośnii i Hercogowiny zamierza w razie pojawienia się cholery w tym kraju ustanowić na czas epidemii osobnych lekarzy z płacą dzienną po 20 złr. i zwrotem kosztów podróży tam i napowrót.

Chcący starać się o te czasowe posady mają podania swe poparte należytemi dowodami przedłożyć **niezwłocznie** bośniackiemu oddziałowi w ministerstwie wspólnem we Wiedniu I. Schellinggasse 5.

— **Cholera** szerzy się dalej nie występując i teraz nigdzie bardzo gwałtownie. Na pewne w Europie tylko trzy państwa skandynawskie wolne są od cholery. Najmocniej według wykazów urzędowych panuje cholera na Podolu rosyjskiem tudzież w gubernii włodzimierskiej. Na Węgrzech coraz więcej jest zajętych komitatów a niektóre miejsca uznano w myśl postanowień tegorocznej konferencyi drezdeńskiej za ogniska epidemii i zastósowano do nich odpowiednie przepisy. W Galicyi cholera pojawia się w coraz większej liczbie powiatów, zdaje się jednak, iż w niektórych już wygasła. W Krakowie do wymienionych w przeszłym numerze trzech przypadków, wszystkich zakończonych śmiercią, przybyło jeszcze w zeszłym tygodniu dwa z domu sąsiedniego, także kordonem policyjnym otoczonego i pod nieustannym dozorem lekarskim zostającego. Chorzy ci są na drodze do wyzdrowienia i wkrótce szpital opuszczą. W całem mieście stan zdrowia publicznego niezwykle pomyślny a ponieważ od 7 dni nie było żadnego nowego przypadku, można się spodziewać, iż na tem się skończy, oczywiście, jeżeli choroba na nowo się nie dostanie z poza miasta, co przy nieustannym o tej porze ruchu ludności robotniczej bardzo łatwo może się zdarzyć. W Niemczech było dotychczas kilkanaście przypadków sporadycznych, wszystkie prawie nad rzekami jak Ren, Elba, Wezera i Wisła, dając się odnieść do konsumcyi niefiltrowanej wody rzecznej. W Berlinie mianowicie zdarzyły się przypadki, które powstały autochtonicznie, których przeto nie można było w żaden sposób wywieść z zakażenia mającego swe źródło poza miastem, w osobach cholerą dotkniętych lub rzeczach przez nie używanych.

— **Wiadomości uniwersyteckie.** Prof. Weichselbaum, prosektor szpitala Rudolfa w Wiedniu, mianowany profesorem anatomii patologicznej w tamecznym uniwersytecie. Prof. nadzwyczajni Dr. Jan Janosik w Pradze czeskiej i Dr. Paweł Dittrich w Inspruku mianowani, pierwszy zwyczajnym profesorem embryologii i histologii w uniwersytecie czeskim, drugi profesorem nadzwyczajnym medycyny sądowej w uniwersytecie, niemieckim obydwaj w Pradze. Prywatni docenci Drowie Noorden i Oppenheim w Berlinie, Moldenhauer w Lipsku i Mitropolski w Moskwie mianowani profesorami nadzwyczajnymi. Prof. histologii Baraban w Nancy mianowany tamże profesorem anatomii patologicznej. Profesorowie nadzwyczajni Podwysocki w Kijowie i Marcacci w Palermo mianowani profesorami zwyczajnymi, pierwszy patologii ogólnej, drugi fizyologii.

— **Nekrologia.** Zmarli: w Warszawie w dniu 30. sierpnia Dr. Henryk Zapolski Downar, okulista w Lublinie praktykujący, w 43. roku życia; w Gandawie znakomity okulista i dyrektor kliniki chorób ocznych Dr. Libbrecht; w Belfaście profesor położnictwa w Queens-College Dr. R. Foster Dill.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

Wydział powiatowy w Horodence rozpisuje niniejszem konkurs na dwie posady lekarzy okręgowych:

1) w Obertynie z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na podróże 200 złr.;

2) w Czernelicy z płacą 500 złr. i ryczałtem na podróże 258 złr.

Kompetujący wykazać się mają:

1) obywatelstwem austryackiem,
2) dyplomem doktora medycyny,
3) świadectwem moralności,
4) świadectwem zdrowia,
5) znajomością języków krajowych,
6) praktyką najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim,

a po otrzymaniu posady stósować się winni do Instrukcyi z 31. grudnia 1891 Dz. ust. kraj. Nr. 83.

Termin wniesienia podań oznacza się do 20. września 1893 r. 124—3—1

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.